

Riley County Health Department

INFORMED CONSENT FOR SERVICES

I hereby give my consent to Riley County Health Department, hereafter referred to as the RCHD, to obtain a health history, secure laboratory services, perform a physical examination for me as may be necessary and provide immunizations as recommended by the Centers for Disease Control and Prevention.

- I understand that my health information and visits to the RCHD are confidential pursuant to state and federal law, and my case will not be discussed with anyone outside the RHCD unless I give my written permission to do so, except as necessary to provide services or required by law.
- I consent to the inclusion of immunization data being entered Kansas Immunization Registry for me or on behalf of the person named below.
- The RHCD may test for sexually transmitted diseases—including but not restricted to Chlamydia, gonorrhea, syphilis, and HIV. I understand that positive test results may warrant confidential follow-up by a public health worker.
- I understand that, if I require care beyond the scope of this RHCD, I will be referred to a health care provider of my choice.
- RHCD staff is required to comply with Kansas State Laws regarding reporting of child abuse and neglect.

ACKNOWLEDGEMENT OF DISCOUNTED SERVICES

I acknowledge that I was advised **some** services are provided on a sliding fee scale based on income and size of economic unit. To be eligible for a reduces fees , I will needed to advise Riley County Health Department of total income of economic unit and numbers of individuals supported by that income.

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I acknowledge that I have been offered a copy of Riley County Health Department's Notice of Privacy Practices with the effective date of September 2013.

AUTHORIZATION OF PAYMENT

I authorize RCHD to bill any third party payer as indicated and provide necessary information to process claims. I authorize payments of medical benefits to the RCHD for services render and I understand I will be responsible for payment of charges for services deemed "uncovered" by third party payer.

Print Client Name

Date

Client's/Guardian's Signature

Date

Departamento de salud del Condado de Riley

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR SERVICIOS

Por este medio doy mi consentimiento al Departamento de salud del Condado de Riley, de aquí en adelante referido como el RCHD, para obtener un historial de salud, servicios de laboratorio, realizar un examen físico como sea necesario para proporcionar vacunas según las recomendaciones de los centros para el control y prevención de enfermedades.

- Entiendo que mi información de salud y visitas al RCHD son confidenciales conforme a leyes federales y estatales, y mi caso no se discuten con nadie fuera del RHCD si no doy mi permiso para hacerlo, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios o requerido por la ley.
- Doy mi consentimiento para la inclusión de los datos de vacunación en el Registro de Inmunización de Kansas para mí o en nombre de la persona nombrada abajo.
- El RHCD puede tomar pruebas de laboratorios para detectar enfermedades de transmisión sexual, incluyendo pero no limitado a la clamidia, gonorrea, sífilis y VIH. Yo entiendo que los resultados positivos pueden justificar un seguimiento confidencial por un profesional de la salud pública.
- Yo entiendo que, si requiero atención más allá del alcance del RHCD, voy a ser referido a un proveedor de atención médica de mi elección.
- El personal de RHCD esta requerido cumplir con las leyes del estado de Kansas sobre reportes de abuso y negligencia infantil.

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS CON DESCUENTO

Yo reconozco que fui informado de que **algunos** servicios son proporcionados por medio de una escala móvil de honorarios basada en ingreso y tamaño económico de la unidad. Para ser elegible para una reducción de cargos, Yo necesito proveer al Departamento de salud del Condado de Riley el total de ingresos económicos de la unidad y el número de individuos sustentados con ese ingreso.

CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que me han ofrecido una copia del aviso de prácticas de privacidad del Departamento de salud del Condado de Riley con la fecha de septiembre de 2013.

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Yo autorizo a RCHD facturar a cualquier contribuyente de tercera parte indicado y dar información necesaria para procesar reclamos. Yo autorizo el pago de beneficios médicos a la RCHD para los servicios dados y entiendo que seré responsable del pago de cargos de los servicios considerados "No cubierto" por tercera parte contribuyentes.

Escriba el Nombre del Cliente

Fecha

Firma del Cliente o Tutor

Fecha